****

**ZŠ a MŠ Hranice, příspěvková organizace, Hranická 100, 753 61 Hranice IV - Drahotuše**

 **Tel: 581 641 034 fax: 581 641 038 mobil: 775 779 570**

 **e-mail:** **skola@zsdrahotuse.cz****,** [**www.zsdrahotuse.cz**](http://www.zsdrahotuse.cz)

 **číslo jednací:**

 **Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy**

 ve školním roce ………..

Ke dni:………………

**Jméno, příjmení dítěte**:……………………………………..……………………………………

Datum narození:………………………………..rodné číslo:……………………………………..

Státní občanství:……………………………….Kód zdravotní pojišťovny dítěte:………………..

Místo trvalého pobytu:……………………………………………………………………………..

**Žádost podává zákonný zástupce dítěte – žadatel:**

Jméno, příjmení žadatele:……………………………………………………………………….

Místo trvalého pobytu:……………………………………………………………………………

Adresa pro doručování:…………………………………………………………………………..

Telefonní kontakt:…………………………………………………………………………………

e- mail:……………………………………………………………………………………………..

**Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do mateřské školy bude vyřizovat**

**zákonný zástupce- žadatel:**

**Jméno, příjmení:………………………………… Podpis:……………………………………..**

**Zákonní zástupci:**

**Matka**

Jméno, příjmení:……………………………………………………………………………………

Místo trvalého pobytu:……………………………………………………………………………..

Telefonní kontakt:………………………………………………………………………………….

e-mail:………………………………………………………………………………………………

**Otec**

Jméno, příjmení:……………………………………………………………………………………

Místo trvalého pobytu:……………………………………………………………………………..

Telefonní kontakt:………………………………………………………………………………….

e-mail:………………………………………………………………………………………………

**Žádám o přijetí na docházku:**

\*celodenně polodenně 5 dní v měsíci

**Navštěvovalo již Vaše dítě jinou mateřskou školu? Pokud ano, uveďte jakou a v jakém období:**

**Sourozenci dítěte:**

Jméno, příjmení: datum narození: škola:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

**Vyjádření lékaře:**

1. Dítě je řádně očkováno:…………………………………………………………………..
2. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy:……………………………………..
3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:……………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

 …………………………………………… ………………………………………………

1. Jiná závažná sdělení o dítěti: ……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….

……... ……………………......

 Datum Razítko a podpis lékaře

 Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme mateřské škole výskyt přenosné choroby v rodině, onemocnění dítěte přenosnou chorobou, nebo onemocnění osoby, s níž bylo dítě ve styku. Svým podpisem ztvrzuji, že jsem nezamlčel/a nic, co se týká zdravotního stavu dítěte.

Dávám svůj souhlas MŠ k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace, pořádání mimoškolních akcí školy, zveřejňování údajů a fotografií mého dítěte v propagačních materiálech školy, včetně internetových stránek školy a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Souhlas poskytuji na celé období docházky mého dítěte do mateřské školy a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace na škole povinně archivuje.

**Upozornění**

Bez potvrzení lékaře o stanoveném očkování ( § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví) se řízení o přijetí do MŠ zastavuje.

Žádost odevzdána dne:…………………..v Drahotuších.

Podpis zákonného zástupce- žadatele:…………………………………………………………..

Podpis druhého zákonného zástupce:……………………………………………………………

\*Nehodící se škrtněte